

実務経験（見込）証明書

※基礎研修修了後の実務経験用

群馬県知事 様

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として
押印すること

法人又は

施設・事業所の名称 社会福祉法人群馬県

所在地 群馬県前橋市大手町 1-1-1

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者 職・氏名 理事長 群馬 太郎



記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってください。

必ず証明日を記入

証明日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名	前橋 花子	生年月日	昭和 平成	50年	3月	13日
業務従事期間 (A+B)	2年 1ヶ月 0日	業務に従事した日数 (a+b)	410日間			

内 訳

A 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 デイサービスセンターぐんま		業務種別	<input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務（無資格） <input checked="" type="checkbox"/> 直接支援業務（有資格） 資格名：社会福祉主事任用資格
	所在地	群馬県榛名町榛名 3-2-1		業務種別	<input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者
	事業種別	生活介護	業務内容	生活介護事業所において、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務	
	業務従事期間	昭和 平成 令和	3年 11月 1日 ~ 平成 令和	4年 3月 31日	業務従事期間A
B 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 就労継続支援 B 型事業所ぐんま		業務種別	<input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務（無資格） <input type="checkbox"/> 直接支援業務（有資格） 資格名： <input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者
	所在地	群馬県浅間町浅間 1-2-3		業務種別	<input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者
	事業種別	就労継続支援 B 型	業務内容	就労継続支援 B 型事業所において、サービス管理責任者業務（みなし）	
	業務従事期間	昭和 平成 令和	4年 4月 1日 ~ 昭和 平成 令和	5年 11月 30日	業務従事期間B

基礎研修修了日の翌日以降から算入可
※基礎研修申込時に実務経験見込証明書を提出した者は取扱いが異なるため、
実務経験証明書裏面の「実務経験証明書の記入上の注意」を参照

休職期間除く

休職期間（育児・療養・介護休業など）等がある場合は、休職期間前（A欄）と休職期間後（B欄）を分けて記入してください。

（見込）証明書の記入上の注意
令和5年11月30日（見込）まで算入可
※実務経験見込証明書で申込みをした場合、証明内容が確定した時点で可及的速やかに実務経験証明書を提出してください。

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入

記入した内容は、二重線で消すことは無効。